العنوان:	تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية : دراسة تطبيقية
المصدر:	تنمية الرافدين -العراق
المؤلف الرئيسي:	الصفار، نزار قاسم
المجلد/العدد:	مج 31, ع 93
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2009
الصفحات:	43 - 58
رقم MD:	424320
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	المواليد و الوفيات، تقييم الأداء، المستشفيات، الإدارة الصحية، التحليل الإحصائي، الخدمات الصحية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/424320

كلية الإدارة والاقتصاد-جامعة الموصل تنمية الرافدين العدد ٩٣ مجلد ٣١ لسنة ٢٠٠٩
ص ص[٤٣-٥٨]

تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية
دراسة تطبيقية

نزار قاسم الصفار
مدرس مساعد- معهد تقني نينوى

المستخلص

يركز هذا البحث على تعزيز مفاهيم وأهمية عملية تقييم كفاءة الأداء باعتبارها الأداة الفعالة التي من خلالها تستطيع المنظمات الخدمية والإنتاجية معرفة الانحرافات عن أهدافها الموضوعة من أجل تصحيحها، فضلاً عن معرفتها لمدى استخدامها وانتفاعها من مواردها المادية والبشرية لتحقيق أعلى كفاءة لها، وتزداد أهمية هذه العملية في المؤسسات الصحية وذلك لأهميتها في حياة الأمم والشعوب لما تقدمه من خدمات لا يمكن الاستغناء عنها فهي التي توفر العناية الوقائية والعلاجية لجميع السكان.

يتضمن البحث جانبان نظرياً وتطبيقياً، الجانب الأول يوضح أهم المعايير الخاصة بتقييم كفاءة الأداء في المستشفيات والتي تتعلق بالجوانب التصميمية والإدارية، فضلاً عن الجوانب الخاصة بالتقانة الصحية وكفاءة الكادر العامل ومدى تأثير آلية الخدمات واستثمارها. والجانب الثاني يتضمن تطبيق بعض هذه المعايير والمؤشرات على إحدى المستشفيات الرئيسة في محافظة نينوى لتسهيل وإيضاح كيفية استخدامها. ويقدم البحث مقترحات مهمة من أجل النهوض والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية في المستشفيات.

Apprisal of Efficiency Performance of the Health Institutions
Applied Study

Nizar Q. Al-Saffar
Assistant Lecturer
Mosul Technical Institution

Abstract

The current study aims at promoting the major concepts and important elements of evaluating the performance efficiency as the effective tool by which the services and productive organizations can possibly monitor the goal deviations occurred. Additionally, the organization must know the benefits and usages of human and financial resources in order to gain the higher efficiency. This process can magnificently be increased among health institutions for potentially usages nationwide. This is because the services are indispensable for public care and health prevention.

تأريخ استلام البحث ٢٠٠٧/٨/٢٣ تأريخ قبول النشر ٢٠٠٧/١٢/٣

Theoretical and practical methods have been transcended; first clarify the special standards of evaluating performance in hospitals, they are structural, managerial, IT health care, personnel andd services dynamics. Second, the application of some standards and indicators on one of major hospitals at Ninavah governorate is posited, in order to show usages. Some recommendations have been proposed to promote the health services in hospitals.

المقدمة

لكي تحقق المنظمات الخدمية والإنتاجية أهدافها بفاعلية وكفاءة عالية لابد لها من أن تولي اهتماماً كبيراً لعملية تقييم كفاءة الأداء بوصفه الشرط الأساسي والأداة الفعالة التي تمكنها من معرفة مدى استخدامها وانتفاعها من مواردها المادية والبشرية، غير أن أغلب المنظمات نجدها لا تولي اهتماماً لعملية تقييم الأداء ومنها المؤسسات الصحية، لذلك فإن التأكيد على أهمية هذه العملية والمعايير المستخدمة فيها مسألة ضرورية.

أهمية البحث

تبرز أهمية البحث من خلال تعزيز مفاهيم ومعايير تقييم كفاءة الأداء وأهميتها في المؤسسات الصحية وما لهذه المؤسسات من تأثير وأهمية في حياة الأمم والشعوب وخدماتها الأساسية التي لا يمكن الاستغناء عنها.

مشكلة البحث

تتحدد مشكلة البحث بعدم إعطاء المؤسسات الصحية في العراق الاهتمام الكافي لمعظم المعايير والمؤشرات المختلفة لعملية تقييم كفاءة الأداء.

فرضية البحث

يفترض البحث أن هناك انحرافاً في قيم معايير ومؤشرات تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية عن القيم المقبولة عالمياً لأسباب قد تكون إدارية أو فنية أو لأسباب أخرى.

هدف البحث

تعزيز مفاهيم وأهمية تقييم كفاءة الأداء لدى مدراء المستشفيات في العراق وإعطائهم معلومات موجزة عن أهم المعايير الخاصة بتقييم كفاءة الأداء في المستشفيات في العالم، وكيفية استخدامها.

منهج البحث

تم اعتماد المنهج التحليلي المقارن من خلال المقارنة مع قيم بعض المعـايير والمؤشرات المقبولة لدى المستشفيات في العالم. وقد تم تقسيم البحث إلى الفقـرات الآتية:

أولاً- الجانب النظري

ويتضمن مفهوم وأهمية تقييم كفاءة الأداء وأهم المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الأداء في المستشفيات في العالم.

ثانياً- الجانب التطبيقي

ويتضمن تطبيق بعض معايير ومؤشرات تقييم كفـاءة الأداء علـى إحـدى المستشفيات العراقية من أجل تبسيط وإيضاح كيفية استخدامها.

الجانب النظري

مفهوم تقييم كفاءة الأداء

وردت مفاهيم عديدة لعملية تقييم كفاءة الأداء فقد جاء فـي مفهومهـا بأنهـا مرحلة من مراحل الرقابة والتخطيط فهي مرحلة من مراحل الرقابة لانها تكـشف الانحرافات عن الأهداف الموضوعة، كما أنها مرحلة من مراحل التخطيط بوصفها أداة ترشيد لاتخاذ القرارات الناجحة والكفيلة لتحقيق الأهداف (عبد الكريم وكداوي، ١٩٩٩، ٢٠٦). كما يرى باحثون آخرون بأنها فحص تحليلي انتقادي شامل مخطط ولأهداف وطرائق التشغيل واستخدام الموارد البشرية والمادية بهدف التحقق مـن كفاءة واقتصادية الموارد واستخدامها أفضل استخدام وبأعلى كفاءة لتحقيق الأهداف المرسومة (عبدالكريم ورجب، ٢٠٠٣، ١٨١). من هنا عدّت عملية تقيـيم كفـاءة الأداء عملية منسقة يتم بوساطتها تحديد الاستحقاقات لبعض الأنشطة عن طريـق جمع المعلومات عنها وبذلك تكون هذه المعلومات قاعدة لاتخاذ القرارات (كنعـان والصفار،٢٠٠٢، ٦٥).

أهمية تقييم كفاءة الأداء

إن لعملية تقييم كفاءة الأداء أهمية كبيرة ودوراً بارزاً في المنظمات الخدمية والإنتاجية وتبرز هذه الأهمية في المستشفيات بصورة خاصـة بوصـفها الجـزء المتكامل في المنظمة الاجتماعية الصحية التي توفر العناية الوقائية والعلاجية لجميع السكان (البدو، ٢٠٠٣، ٢٢) وهي مركزاً لتدريب العاملين في المجـال الـصحي وإجراء البحوث الطبية والاجتماعية (عبد رزوقي وآخرون، ١٩٩٨، ٩٩). ويمكن إجمال أهمية تقييم كفاءة الأداء في الآتي:

١. إن لعملية تقييم كفاءة الأداء دوراً كبيراً ومطلوباً في كل وقت وفـي أي نظـام اقتصادي من أجل معرفة مواطن الخلل لمعالجتها ثم تنمية الخواص الايجابيـة والعمل على تطويرها.

٢. تساعد عملية تقييم كفاءة الأداء المستمر للوحدة الخدمية أو الإنتاجية على كشف الانحرافات بصورة سريعة عند بدايتها مؤدية بذلك إلى اتخاذ الخطوات العلاجية السريعة في تقدير الانحرافات التي تحدث وتوجيه العمل نحو مساره الصحيح (الداهري، ١٩٩١، ٤٢٩).
٣. تساعد مؤشرات الأداء على تزويد المستويات الإدارية المختلفة بوسائل قياس وتخطيط كفاءة الأداء لنشاطاتهم، لذلك نجد أن قراراتهم ترتكز على حقائق وضعية وليس على تخمينات شخصية.
٤. تعد مؤشرات تقييم كفاءة الأداء الأساس لإجراء المقارنات بين المنظمات المتماثلة التي تنتمي إلى القطاع نفسه (هاشم وحاجي، ١٩٩٣، ٢٢١).
٥. توفر عملية تقييم كفاءة الأداء المنافسة بين المنظمات المتماثلة نحو العمل المبدع، فهي نوع من الحوافز ووسيلة لتكوين الشعور بالمسؤولية والشعور بالانتماء إلى الجهة التي يعمل بها الفرد.
٦. تعد عملية تقييم كفاءة الأداء الأساس في تحديد برامج التدريب والأجور والمكافآت (سلمان، ٢٠٠٠، ٨).

معايير تقييم كفاءة الأداء

هي الدلالات والمؤشرات لنشاط المنظمة التي تقوم بقياسها فهي تختلف حسب طبيعة هذه المنظمة إنتاجية كانت أو خدمية وهناك اتجاهين في استخدامها اتجاه المقارنة الزمانية، أي مقارنة المؤشرات لفترة معينة مع المؤشرات المثيلة لفترة أخرى لغرض الكشف عن تطور المنظمة أو اتجاه المقارنة المكانية أي مقارنة المؤشرات لمنظمة مع منظمة أخرى ذات طبيعة واحدة أو استخدام المقارنة مع معايير ومؤشرات قياسية.

وفيما يأتي أهم المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفيات: (البياتي، ٢٠٠١، ١٣٩)

١) المعايير التصميمية

وهي المعايير الخاصة بموقع المستشفيات وحجمها وتصميمها التي لها دور كبير في أدائها.

٢) المعايير الإدارية

وهي المعايير الخاصة (بالتخطيط، التدريب، الجوانب المالية، الاستعلامات، الزيارات، الجوانب الأمنية).

٣) **معايير التقانة الصحية**

وتشمل هذه المعايير:

أ . تقانة الإدارة الصحية والخاصة بتنظيم المعلومات المتوفرة، مكاتب قبول واستقبال المرضى، التغذية، الأدوية والمستلزمات الصيدلانية، المختبرات.

ب. تقانة الأجهزة الطبية الخاصة باقتناء الأجهزة الحديثة وفي ضوء الحاجة الفعلية لها وتهيئة الكوادر المؤهلة لتشغيلها وصيانتها ومدى توفر قطع الغيار الضرورية لانجاز عملية الصيانة.

ت. تقانة الهندسة الصحية الخاصة بالمستلزمات الصحية والتنظيف والتعقيم وكل ما يتعلق بالتلوث والضوضاء.

٤) **معايير ومؤشرات إحصائية لتقييم أداء الكادر العامل في المستشفيات ومدى تأثير آلية الخدمات واستثمارها** (ميا، ٢٠٠٤، ٦٢-٦٧)

إن هذه المعايير والمؤشرات عبارة عن قيم رقمية تصف المتغير أو الظاهرة بعد معالجة المعلومات المتاحة باستخدام أساليب التحليل الإحصائي المناسب، وهي شائعة الاستخدام في مجال الخدمات الصحية والدراسات والتقارير الوطنية والإقليمية والدولية التي تهتم بالشؤون الصحية، فالمؤشر يمكن المسؤولين عن الإدارات والبرامج الصحية من مراقبة وتقييم البرامج والخطط وقياس كفاءة الأداء من المقارنات وحسب الزمان والمكان للظواهر المختلفة، وقد حاول الباحث استخدام بعض هذه المعايير والمؤشرات فقط وتطبيقها على المستشفى لصعوبة استخدام جميع المعايير المذكورة آنفاً في مجال البحث فهي تحتاج إلى دراسة كاملة ومطولة. ونظراً لترابط المؤشرات والمعايير واعتماد بعضها على البعض الآخر. فكلما زاد عدد المؤشرات المستخدمة لتشمل نواحي عديدة كانت النتائج أكثر دقة وقريبة للواقع الفعلي.

وفيما يأتي أهم هذه المؤشرات المستخدمة عالمياً:

١. **معدل سرير / طبيب**:

تقترن جودة الطبيب وجودة الخدمات التي يتلقاها المرضى الراقدين في المستشفى بعدد الأسرة المتاحة للرعاية الصحية. وهذا المؤشر يبين للمخطط الإداري الصحي مقدار التباين بين المعدل المحسوب في فترة زمنية معينة وبين المعدل القياسي المقرر والمتعارف عليه ويعد المعدل المقبول عالميا هو (٤-٥) سرير للطبيب الواحد (البياتي،٢٠٠١، ٩٠) ويستخرج المعدل على وفق الصيغ الآتية:

$$\text{معدل سرير / طبيب} = \frac{\text{مجموع أسره المستشفى في فترة زمنية معينة}}{\text{عدد الأطباء العاملين في المستشفى خلال الفترة نفسها}}$$

٢. معدل سرير / ممرضة

وهو أحد المؤشرات الصحية المعتمدة في قياس تغطية الخدمات التمريضية التي يتلقاها المريض الراقد في المستشفى. ويقيس هذا المؤشر متوسط عدد الأسرة لكل ممرضة، وارتفاع أو انخفاض قيمة المعدل عن المعايير الوطنية أو العالمية المتعارف عليها يبين عبء العمل التمريضي والمؤثر بصورة أو بأخرى على كفاءة أداء العمل فارتفاع المعدل يؤشر على تدني كفاءة العمل وانخفاضه يدل على عدم استثمار أداء الملاك التمريضي، وكلها تقع ضمن معالجات الإدارة الصحية. إن المعدل المقبول والمتعارف عليه هو (٤) أسرة لكل ممرضة (البياتي، ٢٠٠١،٩٠) ويستخدم المعدل وفق الصيغ الآتية:

معدل سرير/ ممرضة = العدد الكلي للأسرة في المستشفى في فترة زمنية معينة / إجمالي عدد الممرضات خلال الفترة نفسها

٣. معدل الأسرة / صيدلي

وهو نصيب الصيدلي من أسرة المستشفى فنقصان عدد الأسرة للصيدلي الواحد يعني ارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمستشفى والمعيار القياسي هو (١٠٠) سرير لكل صيدلي (البياتي،٢٠٠١،٩٠).

معدل سرير / صيدلي = مجموع أسره المستشفى في فترة معينة / عدد الصيادلة العاملين في المستشفى خلال الفترة نفسها

٤. معدل سرير / أخصائي التحليل المختبري

وهو يعني عدد ما يصيب أخصائي التحليل المختبري من الأسرة في المستشفى وزيادة عدد الأسرة للأخصائي الواحد تعني تدني الخدمات الصحية والعكس صحيح، وأن المعيار القياسي والمستوى المقبول عالمياً هو (١٠٠) سرير لكل أخصائي تحليل مختبري.

٥. معدل سرير / أخصائي التغذية

تهتم معظم المستشفيات في العالم بهذا المعيار لأهمية التغذية في صحة المريض والمستوى المقبول عالمياً هو (١٠٠) سرير لكل أخصائي تغذية.

٦. معدل سرير / أخصائي الخدمة الاجتماعي

نظراً لأهمية الخدمات الاجتماعية فقد أولت معظم المستشفيات في العالم الاهتمام لهذا المعيار، وأن المستوى المطلوب له هو (٧٥) سريراً لكل أخصائي خدمات اجتماعية.

٧. معدل سرير / موظف

ويعني هذا المعيار عدد جميع العاملين الذين ينجزون المهمات في المستشفى والمعيار القياسي هو عدد الموظفين يساوي عدد الأسرة في المستشفى، فكلما زاد عدد الموظفين على عدد الأسرة يعكس ذلك تحسن الخدمات الصحية فيها إذا أحسن توزيعهم وإدارتهم (البياتي، ٢٠٠١، ٩٠).

٨. معدل اشغال الأسرة

يعكس هذا المؤشر كثافة المكوث (مدة بقاء المريض في المستشفى) فكلما كان المعدل مرتفعاً فذلك يعني ازدحام المستشفى، وقد يكون الازدحام موسمياً أو شهرياً كارتفاعه في فصل الصيف وفي ردهات الأطفال عند ارتفاع الإصابات بإسهال الأطفال، وهو من المؤشرات المهمة لإدارة المستشفى لمعرفة نسبة الانخفاض والارتفاع ومقارنته مع المعدل المقبول والمتفق عليه، إذ إن استمرار ارتفاعه يعني قصور عدد الأسرة المتاحة للخدمة الطبية ويدعو إلى التوسع، كما أن استمرار انخفاضه إلى الحد الأدنى المتعارف عليه ولفترة طويلة يعني ضعف استثمار المستشفى ككل أو لأحد أقسامها الطبية (ميا، ٢٠٠٤، ٦٨)، علماً بأن المعدل القياسي ٨٠%.

$$\text{معدل إشغال الأسرة} = \frac{\text{مجموع أيام المكوث خلال سنة}}{\text{عدد الأسرة} \times ٣٦٥} \times ١٠٠$$

٩. نسبة الوفيات العام

يؤشر هذا المعيار معدل المرضى الذين توفوا في المستشفى في مختلف الأعمار ولأسباب مختلفة، إذ إن ارتفاعه يعني تدني في أداء المستشفى، وانخفاضه يعني ارتفاع كفاءة في أداء المستشفى. وإن المؤشر القياسي هو (٣-٤%).

$$\text{نسبة الوفيات العام} = \frac{\text{مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{مجموع المرضى الراقدين خلال الفترة نفسها}} \times ١٠٠$$

١٠. معدل رقود المرضى

يرتبط هذا المقياس بأيام مكوث المرضى في المستشفى، ويختلف هذا المعدل من مستشفى إلى أخرى ومن ردهة إلى أخرى تبعاً لنوع المرض وسببه، فإذا تجاوز هذا المعدل الرقم القياسي، فهذا يعني أن هناك جهوداً تبذل ونفقات تصرف من دون مبرر واحتجاز سرير ممكن أن يستفيد منه مريض آخر، كما أن قصر

المدة عما هو متعارف عليه يعني ذلك أن تعرض صحة المريض إلى أضرار لعدم إكمال مدة العلاج المطلوب. والمعدل القياسي المقبول هو ٧ أيام.

معدل أيام رقود المرضى = مجموع عدد أيام مكوث المرضى خلال فترة معينة / مجموع عدد المرضى الراقدين خلال الفترة نفسها

١١. نسبة وفيات الأمهات

وهي تقيس نسبة وفيات الأمهات اللاتي في حالة الحمل أو عند الولادة فارتفاع هذه النسبة يدل تدني أداء المستشفى وانخفاضها يعني ارتفاع في كفاءة المستشفى، والنسبة القياسية هي ٣% وتستخدم في مستشفيات الولادة فقط.

نسبة وفيات الأمهات = مجموع وفيات الأمهات نتيجة الحمل والولادة خلال سنة / مجموع عدد حالات الولادات الحية والميتة خلال سنة × ١٠٠

١٢. نسبة الوفيات في التلوث

إن ارتفاع هذه النسبة يعني تدني أداء المستشفى، أما انخفاضه فيعني تصاعد في كفاءة الأداء، والمؤشر القياسي هو ١%.

نسبة الوفيات في التلوث = عدد حالات التلوث خلال سنة / عدد المرضى (المغادرون + الوفيات) خلال الفترة نفسها × ١٠٠

١٣. نسبة وفيات التخدير

ويشير الارتفاع إلى تدني أداء المستشفى، والمؤشر القياسي هو ١/٥٠٠٠

نسبة الوفيات للتخدير = مجموع عدد الوفيات نتيجة التخدير خلال سنة / مجموع عدد العمليات الجراحية خلال الفترة نفسها × ١٠٠

١٤. نسبة وفيات الأطفال: تؤثر هذه النسبة على مدى كفاءة المستشفى أو تدنيها وحسب ارتفاع وانخفاض هذه النسبة (البياتي، ٢٠٠١، ٩٢-٩٤)، والمعيار القياسي هو ٢%.

نسبة وفيات الأطفال = عدد وفيات الأطفال عمر (٥-١٢) سنة خلال مدة معينة / مجموع عدد الولادات الحية والميتة خلال الفترة نفسها ×١٠٠

ولابد من الإشارة إلى أن المعايير والمؤشرات الإحصائية، هي معايير كمية وهي تهمل الجانب النوعي ولذلك فهي تبقى ناقصة إذا لم تراع جوانب أخرى غير ملموسة، كاهتمام الطبيب بالمريض ووضعه العلاج المناسب أو اهتمام الممرضة أو الممرض وغيرهم وتواجدهم في المكان والوقت المناسبين وكلاً حسب اختصاصه وطبيعة عمله، فضلاً عن أن بعض هذه المعايير والمؤشرات الإحصائية يتأثر معدلها ويختلف باختلاف الاختصاصات الطبية المتاحة (مستوى التحصيل العلمي وشهادة التخصص)، فمعدل (سرير/طبيب)، مثلاً يمكن أن يكون بصيغة (معدل سرير / طبيب اختصاص)، حيث أن معدل سرير يمثل عدد الأسرة المتاحة لاختصاص معين في فترة زمنية معينة، في حين يمثل طبيب الاختصاص العدد الكلي للأطباء بهذا الاختصاص في الفترة نفسها (ميا ،٢٠٠٤، ٦٧).

الجانب التطبيقي

تأسست مستشفى الجمهوري سنة ١٩٣٨ في مدينة الموصل، وهي منذ ذلك التاريخ ولحد الآن تقدم خدماتها الصحية للمواطنين، وتعد حالياً من المستشفيات التعليمية في المحافظة وذات اختصاص جراحة بحت، وفي الجدول ١ معلومات إحصائية عنها استخدمت من خلالها بعض معايير ومؤشرات تقييم كفاءة الأداء وتم مقارنتها مع المعايير القياسية، وكما موضح أدناه:

الجدول ١
معلومات إحصائية عن مستشفى الجمهوري

المعلومات	السنة		
	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦
عدد الأسرة	٣٢٠	٣٢٠	٣٢٠
عدد الأطباء	٢٦٧	٢٤٤	٢٩٣
عدد الممرضات والممرضين(*)	٤١٨	٤٢٣	٤٢٢
عدد الصيادلة	٢٤	٢٥	٢٥
عدد أخصائي التغذية	-	-	-
عدد أخصائي التحليل المختبري	٨	٨	٩
عدد أخصائي العلاج الطبي	-	-	-
عدد موظفي الخدمة	-	-	-
عدد الموظفين	٩٤٨	٩٣١	١٠١١
عدد الراقدين	١٧٨٧٥	١٥٦٥٦	١٧٧١٣
عدد وفيات الراقدين	١٤٨	١١٧	١٥٢
ايام المكوث	٥٥٩١٥	٥١٩٨٦	٥٥٣٣٩

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.
(*) العدد يمثل مجموع ذوي المهن الصحية في المستشفى.

١. معدل الأسرة / طبيب

من خلال الجدول ٢ يلاحظ أن معيار عدد الأسرة / طبيب منخفض عن المعيار القياسي وللسنوات (٢٠٠٤، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦) وهذا يعني إن المستشفى بإمكانها أن تعمل بكفاءة في تقديم الخدمات الصحية ولكافة سنوات البحث إذا كانت إدارتها جيدة في توزيع الكوادر الصحية التوزيع الصحيح ضمن وجبات العمل وفي كافة الأوقات، ولابد من الإشارة إلى أن المستشفى تعمل بعدد من الأسرة أقل من المصمم لها بمقدار ٢٠٠ سرير وهذا بدوره يؤدي إلى خفض مستوى هذا المعيار وهو دليل على وجود طاقة استيعابية للمستشفى لم تستغل وبالإمكان استغلالها.

الجدول ٢
معدل عدد الأسرة لكل طبيب

السنة	معدل الأسرة / طبيب	المعيار القياسي
٢٠٠٤	١,٢	٥ سرير لكل طبيب
٢٠٠٥	١,٣	=
٢٠٠٦	١,١	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

٢. معدل الأسرة / ممرضة

من خلال الجدول ٣ يلاحظ أن معيار عدد الممرضات / سرير منخفض عن المعيار القياسي وللسنوات (٢٠٠٤، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦) وهذا يعني إن المستشفى بإمكانها أن تعمل بكفاءة في تقديم الخدمات الصحية ولكافة سنوات البحث إذا تم استثمار العدد الجيد في تقديم أفضل الخدمات إلى المرضى في المكان والوقت المناسب وتم توزيعهم بشكل جيد ضمن وجبات العمل.

الجدول ٣
معدل عدد الأسرة لكل ممرضة

السنة	معدل الأسرة / ممرضة	المعيار القياسي
٢٠٠٤	٠,٧٦	٢ سرير لكل ممرضة
٢٠٠٥	٠,٧٥	=
٢٠٠٦	٠,٧٦	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

٣. معدل الأسرة / صيدلي

من خلال الجدول ٤ يلاحظ أن معيار عدد الأسرة لكل صيدلي منخفض عن المعيار القياسي وللسنوات (٢٠٠٤، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦) وهذا يعني أن هناك إمكانية

لدى المستشفى للعمل بكفاءة في مجال الخدمات الصيدلانية إذا توفرت المستلزمات الضرورية الأخرى وخاصة الأدوية اللازمة في الوقت المناسب، علماً بان المستشفى تعمل بنظام الصيدلي السريري، أي يوجد صيدلي في كل ردهة للإشراف على توزيع الأدوية وهو سبب انخفاض هذا المعيار.

الجدول ٤

معدل عدد الأسرة / صيدلي

السنة	معدل الأسرة / صيدلي	المعيار القياسي
٢٠٠٤	١٣,٣	١٠٠ سرير لكل صيدلي
٢٠٠٥	١٢,٢	=
٢٠٠٦	١٢,٢	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

٤. معدل الأسرة / أخصائي تحليل مختبري

يلاحظ من الجدول ٥ أن معيار عدد الأسرة / أخصائي تحليل مختبري منخفض عن المعيار القياسي وللسنوات (٢٠٠٤، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦) وهذا يعني أن هناك إمكانية لدى المستشفى للعمل بكفاءة في مجال الفحوصات المختبرية إذا ما توفرت المستلزمات الضرورية الأخرى للعمل المختبري.

الجدول ٥

معدل عدد الأسرة / أخصائي تحليل مختبري

السنة	معدل الأسرة / أخصائي التحليل المختبري	المعيار القياسي
٢٠٠٤	٤٠	١٠٠ سرير لكل أخصائي
٢٠٠٥	٤٠	=
٢٠٠٦	٣٥,٥	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

٥. معدل الأسرة / أخصائي التغذية

يلاحظ من الجدول ١ عدم وجود أخصائي تغذية في المستشفى وهذا جانب سلبي يؤخذ على المستشفى، أو أن الرقم القياسي العالمي لهذا المعيار هو ١ أخصائي تغذية لكل ١٠٠ سرير، وهذا يعني أن المستشفى بحاجة إلى ٣ أخصائي في التغذية، والسبب قد يكون إدارياً لقلة الكوادر بهذا المجال.

٦. معدل الأسرة / أخصائي الخدمة الاجتماعية

من خلال الجدول ١ يلاحظ عدم وجود أخصائي للخدمة الاجتماعية في المستشفى، وهذا مؤشر سلبي على المستشفى، أو أن الرقم القياسي لهذا المعيار هو ١ أخصائي خدمة اجتماعية لكل ٧٥ سريراً، وبذلك تكون المستشفى بحاجة إلى ٤ أخصائيين في الخدمة الاجتماعية، والسبب قد يكون إدارياً لقلة الكوادر في هذا المجال.

٧. معدل الأسرة / أخصائي علاج طبيعي

يلاحظ في الجدول ١ عدم وجود أخصائي علاج طبيعي في المستشفى، وهذا أيضا مؤشر سلبي على المستشفى، لأن المعيار القياسي هو أخصائي علاج طبيعي لكل ٧٥ سريراً لكل أخصائي علاج طبيعي وبذلك تكون المستشفى بحاجة إلى ٤ أخصائي علاج طبيعي، وقد يكون السبب أموراً إدارية واعتماد المستشفى على قسم العلاج الطبيعي الموجود في المستشفى القريبة منها، ولكن هذا لا يمنع من إقامة قسم خاص بهذا المجال يتناسب مع طبيعة المستشفى.

٨. معدل الأسرة / عدد الموظفين

يلاحظ من الجدول ٦ أن معيار عدد الأسرة/عدد الموظفين منخفض عن الرقم القياسي وهذا جانب ايجابي إذا ما استثمر هذا العدد في تقديم أفضل الخدمات الصحية، وذلك عن طريق التوزيع الدقيق وحسب الاختصاصات للعمل في جميع الأوقات، فضلاً عن الاستفادة من هذا العدد لإغراض إشراك المنتسبين في الدورات التطويرية الفنية والإدارية ومن دون التأثير في الموقف العام للمستشفى وكفاءتها، ومن ثم رفع مستوى الكادر العامل فنياً وإدارياً وفي الاختصاصات كافة.

الجدول ٦

معدل عدد الأسرة / موظفين

السنة	عدد الأسرة / عدد الموظفين	المعيار القياسي
٢٠٠٤	٠,٣٣	١ موظف لكل سرير
٢٠٠٥	٠,٣٤	=
٢٠٠٦	٠,٣١	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

٩. معدل إشغال الأسرة

من خلال المعلومات المتوفرة تم إيجاد المعدل أعلاه وكما موضح في الجدول ٧.

الجدول ٧

معدل انشغال الأسرة

السنة	أيام المكوث	عدد الأسرة	معدل انشغال الأسرة (%)	المعيار القياسي (%)
٢٠٠٤	٥٥٩١٥	٣٢٠	٤٧,٨	٨٠
٢٠٠٥	٥١٩٨٦	٣٢٠	٤٤,٥	=
٢٠٠٦	٥٥٣٣٩	٣٢٠	٤٧,٣	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

يلاحظ من الجدول أن المعدل منخفض عن المعدل القياسي خلال سنوات البحث، وهو يعكس حالة من ضعف استثمار المستشفى ككل أو لأحد أقسامها الطبية.

١٠. معدل مكوث المريض

من خلال المعلومات المتوفرة يمكن إيجاد هذا المعدل. وكما موضح في الجدول ٨.

الجدول ٨
معدل مكوث المريض

السنة	ايام المكوث	عدد المرضى الراقدين	معدل مكوث المريض	المعيار القياسي
٢٠٠٤	٥٥٩١٥	١٧٨٧٥	٣,١	٧ أيام
٢٠٠٥	٥١٩٨٦	١٥٦٥٦	٣,٣	=
٢٠٠٦	٥٥٣٣٩	١٧٧١٣	٣,١	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

يلاحظ أن المعدل منخفض خلال سنوات البحث، وهذا يشير إلى أن بعض أقسام المستشفى لم تكمل معالجة المرضى المعالجة المطلوبة ولاسيما في الأقسام التي يحتاج المريض المكوث فيها لمدة طويلة.

١١. معدل الوفاة العام

من خلال المعلومات المتوفرة تم إيجاد هذا المؤشر وكما في موضح في الجدول ٩.

الجدول ٩
معدل الوفاة العام

السنة	عدد وفيات المرضى الراقدين	عدد الراقدين	معدل الوفاة العام	المعيار القياسي
٢٠٠٤	١٤٨	١٧٨٧٥	٠,٨٤	٣-٤%
٢٠٠٥	١١٧	١٥٦٥٦	٠,٧٢	=
٢٠٠٦	١٥٢	١٧٧١٣	٠,٨٥	=

المصدر: قسم الإحصاء في المستشفى.

نلاحظ أن معدل الوفاة منخفض عن المعدل القياسي للسنوات البحث، وهذا مؤشر جيد على الكفاءة في تقديم الخدمات إلى المرضى الراقدين فيها.

ولابد من الإشارة إلى أن نتائج المعايير والمؤشرات التي تم تطبيقها على المستشفى لا تعكس الواقع الحقيقي لكفاءة المستشفى بصورة دقيقة، لأنها مرتبطة بمعايير ومؤشرات أخرى لعملية تقييم كفاءة الأداء تتأثر وتؤثر فيها وبخاصة معايير التقانة الصحية، لذلك لابد لمدراء المستشفيات من إجراء عملية تقييم كفاءة الأداء بمعظم المعايير والمؤشرات لكي تكون النتائج أكثر دقة وأقرب للواقع.

الاستنتاجات

فيما يأتي الاستنتاجات التي تم التوصل إليها:

١. عدد السعة السريرية التصميمية للمستشفى (٥٢٠) سريراً في حين تعمل المستشفى بـ(٣٢٠) سريراً فقط ولجميع سنوات البحث.

٢. انخفاض المؤشرات (معدل الأسرة / الطبيب، معدل الأسرة / ممرضة، معدل الأسرة / صيدلي، معدل الأسرة / أخصائي تغذية، معدل الأسرة / أخصائي تحليل مختبري، معدل الأسرة / عدد الموظفين). وهذا يعني أن المستشفى بإمكانها أن تعمل بكفاءة في تقديم الخدمات الصحية ولسنوات البحث كافة إذا كانت إدارتها جيدة وتم توزيع الكوادر الصحية بصورة صحيحة ضمن وجبات عملهم في الزمان والمكان المناسبين، فضلاً عن الجوانب النوعية غير الملموسة كاهتمام الطبيب بالمريض، ووصف العلاج المناسب له واهتمام بقية الكوادر بالمرضى كل حسب اختصاصه وواجبه مع توفر المستلزمات الضرورية الأخرى.

٣. عدم وجود الكوادر الطبية وبالاختصاصات (تغذية، خدمة اجتماعية، علاج طبيعي). وبذلك تكون المستشفى بحاجة إلى عدد من الاختصاصات أعلاه وحسب المعايير والمستوى المطلوب عالمياً وكما يأتي:
   أ . أخصائي تغذية عدد (٤).
   ب. أخصائي خدمة اجتماعية عدد (٤).
   ت. أخصائي علاج طبيعي عدد (٤).

٤. انخفاض معدل اشغال الأسرة في المستشفى في سنوات البحث عن المعدل القياسي، وهو يعكس حالة من ضعف استثمار المستشفى ككل أو لأحد أقسامها الطبية.

٥. انخفاض معدل مكوث المريض خلال سنوات البحث، وهذا يعني أن بعض أقسام المستشفى لم تكمل إعطاء المريض العلاج المطلوب أثناء مكوثه في المستشفى.

٦. انخفاض معدل الوفاة العام خلال سنوات البحث عن المعدل القياسي، وهذا يدل على أن المستشفى تعمل بكفاءة في مجال تقديم الخدمات الطبية للمواطنين.

المقترحات

فيما يأتي بعض المقترحات والتي يمكن الاستفادة منها من قبل مدراء المستشفيات من أجل النهوض والارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة للمواطنين:

١. الاهتمام بعملية تقييم كفاءة الأداء والقيام بها بين فترة وأخرى ولكافة المعايير التي تم التطرق لها في البحث.
٢. المتابعة المستمرة لسد النقص الحاصل بأخصائي التغذية، الخدمة الاجتماعية، والعلاج طبيعي.
٣. الاستفادة من العدد الجيد لكافة الكوادر في المستشفى في التدريب والتطوير ولكافة الاختصاصات عن طريق الدورات التطويرية داخل المستشفى أو خارجها وبالتنسيق مع الجهات العلمية والأكاديمية.
٤. استثمار العدد الجيد لكافة الكوادر بتقديم أفضل الخدمات الطبية للمواطنين وذلك بالتنسيق الجيد بين وجبات العمل، حيث يجب أن تكون الوجبات بكافة الاختصاصات وبكافة الأوقات ومتابعة التواجد في المكان والوقت المناسبين.
٥. ضرورة تقديم الحوافز المادية والمعنوية للأطباء والصيادلة وكافة ذوي المهن الصحية فضلاً عن الإداريين والفنيين وكل العاملين في المؤسسات الصحية وذلك لخصوصية عملهم ولدفعهم نحو مزيد من العطاء وتقديم أفضل الخدمات إلى المواطنين.
٦. تعزيز أهمية إجراء الإحصاءات وتحسين مرتكزاته وتطويرها وتوفير أعداد كافية من الحواسيب لوحدة الإحصاء في المستشفيات ولكافة الوحدات الإدارية والمالية والفنية والتي تتعامل مع البيانات الإحصائية وأن تكون أهداف إدارة المستشفيات التعامل ببيانات المرضى والمراجعين بواسطة التقانات الحديثة.
٧. دعم الملاكات الإحصائية ورعايتها مادياً ومعنوياً.
٨. لابد من المؤسسات الصحية البدء بتهيئة كل متطلبات التأهيل لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، فهو نظام ذات أهمية كبيرة في الارتقاء والتحسين المستمر بمستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين.

المراجع

١. البدو، أكرم محمود حسين، ٢٠٠٣، المسؤولية المدنية للمستشفيات الخاصة (دراسة مقارنة)، دار الحاقة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
٢. البياتي، حسين ذنون، ٢٠٠١، اثر درجة الاعتمادية بين معايير أداء المستشفيات، أطروحة دكتوراه، (غير منشورة)، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.
٣. الداهري، عبد الوهاب مطر، ١٩٩١، تقييم المشاريع ودراسات الجدوى الاقتصادية، عن دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد.
٤. سلمان، احمد هاشم، ٢٠٠٠، إدارة الأداء، بحث كجزء من متطلبات مادة إدارة الموارد البشرية لمرحلة الدكتوراه، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

٥. عبد ارزوقي، عباس وآخرون، ١٩٨٨، مؤشرات قياس أداء مستشفيات محافظـــة نينـــوى، مجلة تنمية الرافدين، العدد الثالث والعشرون، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.

٦. عبد الكريم، عبد العزيز مصطفى وطلال كداوي، ١٩٩٩، تقيـــيم المـــشاريع الاقتـــصادية، دراسة تحليل الجدوى الاقتصادية وكفاءة الأداء، دار الكتب للطباعة والنشر، الطبعة الثانية، جامعة الموصل.

٧. عبد الكريم، مصطفى عبد الكريم ورجب احمد، ٢٠٠٣، تقييم كفاءة الأداء الصناعي لمصنع المكلأ لتعليب الأسماك، دراسة تحليلية، مجلة تنمية الرافدين، العدد ٧٢، جامعة الموصل.

٨. كنعان، عبدالغفور حسن، نزار قاسم الصفار، ٢٠٠٢ ،"تقييم كفاءة الأداء الصناعي بالتطبيق على معملي السكر والخميرة في مدينة الموصل"، مجلة تنمية الرافدين، المجلد ٧٠، عـــدد ٢٤، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل.

٩. ميا، عبد الرحمن، ٢٠٠٤، دليل إحصاء المستشفيات في العراق، بغداد، العراق.

١٠. هاشم، رشاد مهدي، أنمار حاجي أمين، ١٩٩٣، تقييم كفاءة الأداء لمعمـــل اربيـــل للغـــزل والنسيج الصوفي، مجلة تنمية الرافدين، المجلد ١١٥، عدد ٤١، كلية الإدارة والاقتـــصاد، جامعة الموصل.